# Beiträge zu den Puerperalpsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

**Medizinischen Doktorwürde**

der

**Medizinischen Fakultät der Universität Rostock**

vorgelegt

von

**Max Jaffé**
Arzt aus Berlin.

BERLIN.
Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)
Linienstraße 158.
1905.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät zu Rostock.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Schuchardt.**

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Omnis mulier est in utero — ein Ausspruch des alten Virchow — weist auf den engen Zusammenhang zwischen dem Leben des Weibes und ihrem Genitale hin. Das Nervensystem und die Psyche sind die vermittelnden Faktoren zwischen den beiden. Der hervorragende Einfluß der Genitalorgane auf Nerven und Psyche ist bekannt; als Beispiel möge die Charakterveränderung bei Pubertät, Kastration, Gravidität angeführt werden. Hippokrates ging so weit, daß er z. B. die Hysterie als Genitalaffektion erklärte, die nur durch Betätigung des Uterus geheilt werden könnte: „Ego impero virgines his morbis affectas cum viris conjugi."

Erst recht markant wird der kausale Zusammenhang zwischen Zeugungs- resp. Fortpflanzungsgeschäft und Psyche, wenn sich im Bereich des Uterus physiologische resp. pathologische Vorgänge abspielen. So nennt Mauriceau die Schwangerschaft kurzweg „eine Erkrankung von neun Monaten", Bianchi „Neurasthenie der schwangeren Frau", im Hinblick auf die typischen, sehr häufig vorhandenen gemütlichen Veränderungen der schwangeren Frau.

Wie die Gravidität, so kann auch ein Puerperium Veränderungen in der Psyche hervorrufen.

Seit langer Zeit ist man nun bemüht, den ätiologischen Zusammenhang zwischen Puerperium und Psychosen zu finden.

Da der gravide wie der puerperale, der infizierte sowie der nicht infizierte puerperale Uterus psychische Veränderungen auslösen kann, so sind zwei Einteilungsprinzipe von selbst gegeben, erstens die zeitliche, zweitens die ätiologische Einteilung; im ersten Fall spricht man von Graviditäts-, Puerperal-, Laktationspsychosen, im zweiten Fall käme die von Olshausen aufgestellte Einteilung in Betracht:

I. Psychosen, welche von einer fieberhaften Puerperalerkrankung direkt abhängig sind: Infektionspsychosen.

II. Idiopathische Psychosen (ohne körperliche fieberhafte Erkrankung).

III. Intoxikationspsychosen nach Eklampsie oder ausnahmsweise bei Urämie ohne Eklampsie.

Die statistischen Angaben bezüglich der Häufigkeit der Puerperalpsychose differieren wenig; desgleichen finden sich nur geringe Differenzen in der Bezeichnung der Diagnose. Im großen und ganzen sind zwei Gruppen vorherrschend: die manisch-exaltative und die melancholisch-depressive Phase. Auch bezüglich der Prognose im allgemeinen ist ziemliche Übereinstimmung, vorausgesetzt daß den vergleichenden Zahlenangaben dasselbe Einteilungsprinzip zugrunde liegt.

Am interessantesten bleibt jedoch die Frage nach der Ätiologie der Puerperalpsychose, weil sie bisher noch unklar ist. Krafft-Ebing sagt ausdrücklich, daß die Pathogenese der Puerperalpsychose vorläufig noch vollständig dunkel ist. Daher begreift sich das Bestreben der Psychiater wie Gynäkologen, Klarheit in dieses Gebiet zu bringen.

Im folgenden sollen die verschiedenen Ansichten der einzelnen Autoren wiedergegeben werden.

In Frankreich und England wird allgemein ein spezifisch puerperales Irresein angenommen, in Deutschland gibt es zwei Richtungen: Das Generationsgeschäft ist als eine häufig Psychosen auslösende, nicht aber hervorrufende Ursache anzusehen, als der Anstoß, nicht als die Veranlassung (Aschaffenburg, E. Meyer). Demgegenüber stehen Hallervorden, Schmidt, Wagner mit der Annahme einer spezifisch puerperalen Psychose.

Hallervorden hat bei einem Material von 105 Psychosen 27,8 % febrile, also infektiöse, gegenüber 23,8 % nicht infektiösen Fällen von Puerperalpsychose gefunden, eine Tatsache, die seiner Meinung nach für die Annahme spezifisch puerperaler Ursachen spreche. Er beschuldigt nervöse cerebrale Veränderungen mit konsekutiver Veränderung der Druck-, Zersetzungs- und Resorptionsverhältnisse und daraus resultierender Autointoxikation; die retinierten Stoffwechselprodukte, sogenannte Ptomaine und Leukomaine, wirken als Nervengift, und somit spricht er von Ptomain- und Leukomain-Psychosen.

Schmidt weist auf die unter der Geburt auftretenden somatischen Erschöpfungen und Veränderungen hin. Die gemütlichen Verstimmungen, die Reizbarkeit, Angst und Ohnmachtsanfälle der Frau in der Zeit des Generationsgeschäftes sind auf die Änderung in der Blutbildung und in der Verteilung derselben zu beziehen, indem die Beckenorgane gegenüber dem Gehirn blutgefüllter sind; die plötzliche Entleerung des Uterus bei der Geburt, der Blutverlust bewirken diese Blutdruckschwankungen, die das Gehirn in Mitleidenschaft ziehen. Schließlich beschuldigt er wie auch Hallervorden den enormen Stoffwechsel während der Gravidität und des Puerperiums. Das Lochialsekret, der Milchzufluß, die ver-

mehrte Schweiß- und Speichelsekretion schwächen den ganzen Organismus, wodurch die Disposition zu einer seelischen Erkrankung erhöht wird. Außer den schwächenden somatischen Ursachen ist nach ihm der Seelenzustand der Gravida resp. Puerpera für die Ätiologie von Wichtigkeit; so hätte er nach Reue, Schreck, Angst vor den Folgen der Schwängerung direkt Psychosen entstehen sehen.

Wenn wir also zusammenfassen, plädiert er für die asthenische Psychose, es ist das körperlich und seelisch geschwächte Weib, das besonders dafür disponiert erscheint. Knauer klagt ebenfalls die schwache Widerstandskraft der modernen jungen Damen mit ihrem ausschweifenden Leben an, er spricht von unsern heutigen partiellen Genies mit den bleichen Gesichtern, die den Stürmen des Generationsgeschäftes schlecht gewachsen sind. Neben dieser geschwächten Widerstandskraft hebt er als ätiologisch wichtigen Faktor die chemische Blutveränderung in der Generationsphase hervor, die besondere Beobachtung gerade im Puerperium finden müßte wegen der physiologischen Involution, wobei sich eine Unzahl von Thromben auflöst und chemische Stoffe bildet, die nicht unschädlich gemacht und nicht ausgeschieden werden können und daher reizend wirken müßten.

In sehr interessanter Weise vergleicht Wagner die postfebrilen Psychosen mit den postfebrilen Lähmungen nach Diphtherie, wobei die toxischen Stoffe nach seiner Ansicht nicht immer Bakterienprodukte zu sein brauchen, sondern bisweilen aus regressiver Metamorphose von Geschwülsten (Involution des puerperalen Uterus) infolge von Obstipation, Diabetes entstanden sein können. Er erinnert an die Ptomainvermehrungen nach Nieren-, Leber-, Schilddrüsen- und Hypophysenerkrankungen mit konsekutiver Auto-

intoxikation und Psychose. Die toxische Annahme wird durch ähnliche Krankheitsbilder bestärkt, wie sie beobachtet werden nach Alkohol-, Atropin-, Haschisch-, Morphium-, Kokain-, Jodoform-, Secale-, Bleivergiftung; vielleicht sind auch die nach Typhus, Influenza, Pneumonie beobachteten Psychosen hierher zu rechnen.

Anhänger der Toxikationslehre sind Krafft-Ebing, Kräpelin, Kirn, Korsakow, Campbell Clark, die sich also die Psychosen mehr durch Stoffwechselprodukte (Toxine: Leukomaine, Ptomaine) als durch Mikroorganismen selbst entstanden denken. Korsakow spricht geradezu von einer Toxämie und Cerebropathia psychica toxaemica. Campbell Clark fand z. B. bei den von ihm beobachteten Puerperalpsychosen in 80 % der Fälle Obstipation, wodurch nach seiner Meinung eine Verminderung resp. Hemmung der schädlichen Ausscheidung bedingt gewesen sei.

Eine letzte Gruppe von Autoren, deren hervorragendster Vertreter Olshausen ist, fand in zahlreichen Fällen die puerperale Infektion als Hauptursache der Psychose. Nach ihm sollen Puerperalpsychosen besonders nach Pyämie, Entzündung der Uterusvenen, Endometritis, ulzeröser Endokarditis auftreten. Bei der pyämischen Form nimmt er kapilläre Embolien, meningitische und encephalitische Prozesse an. Desgleichen fand Hansen, der zuerst auf den Zusammenhang von Infektion und Puerperalpsychose aufmerksam gemacht hat, unter 49 Fällen 42 auf infektiöser Basis, auch Hoche und Hoppe treten für diese Annahme ein; sie führen freilich neben den spezifisch puerperalen Infektionen auch andere konkomitierende, fieberhafte Erkrankungen als Ursache für die Psychosen an, so z. B. Mastitis, Dysenterie, Pleuritis, schwere Phthise. Selbst Kräpelin erkennt die Bedeutung der

Infektion an und glaubt, daß sie im Zusammenhang stehen müsse mit den Psychosen.

Da die Puerperalpsychosen sowohl in das Gebiet des Psychiaters wie in das des Gynäkologen gehören, findet man begreiflicherweise im allgemeinen eine Teilung der Ansichten über die Ätiologie derselben. Der Psychiater wird in erster Linie das psychische resp. nervöse Moment betonen — der Heredität, der Prädisposition, der psychischen Alteration (Angst, Reue, Gewissensbisse) eine Rolle zuschreiben, der Gynäkologe hingegen wird mehr das somatische Moment hervorheben (Stoffwechsel, Blutverlust, Inanition, Infektion).

Solange nach psychischen Affekten (plötzlicher Todesfall, Eisenbahnunglück und dergl.) Psychosen beobachtet werden ebenso wie nach Infektionskrankheiten (Typhus, Pneumonie, Influenza), so lange werden beide ätiologische Momente auch für Puerperalpsychosen herangezogen werden, ob und inwieweit mit Recht, ist eine andere Frage.

Die Anhänger der Infektionslehre (Aschaffenburg, Knauer, Hansen) fordern zur Klärung der Ätiologie eine gründlichere Journalführung bezüglich des Geburts- und Wochenbettverlaufs. Auch Scheven hat in einem Vortrag von 1901 auf die Wichtigkeit dieses Punktes hingewiesen, obwohl er gleichzeitig das relativ seltene Vorkommen der Puerperalpsychosen im Vergleich zur Gesamtzahl der Geburten in Mecklenburg betont. Hierzu kommt das noch seltenere Auftreten von Puerperalerkrankungen bei dieser großen Zahl von Geburten; es ist beispielsweise in den Jahren 1894—1900 in Mecklenburg auf 206 Geburten durchschnittlich ein Puerperalfieber gezählt worden.

Sollte die Infektionstheorie die richtige sein, so müßte auch der Nachweis zu bringen sein, daß die

Puerperalpsychosen statistisch im Abnehmen begriffen sind im Hinblick auf unsere Zeit der Anti- resp. Asepsis, die heutzutage immer mehr Allgemeingut aller Ärzte und Hebammen geworden ist.

Auf Grund der vorliegenden Literatur und des mir zur Verfügung stehenden Materials möchte ich mich für die Intoxikationslehre entscheiden und die Puerperalpsychose für eine spezifische Erkrankung halten.

Die folgenden Krankengeschichten entstammen der Mecklenburgischen Landesirrenanstalt zu Gelsheim; es handelt sich um die Zeit von 1896—1904, in der 1005 Frauenaufnahmen daselbst stattgefunden haben, unter denen 24 Wochenbettspsychosen zu verzeichnen sind.

Erwähnung finden nur die Fälle, in denen die Krankheit innerhalb der ersten 8 Wochen p. p. begonnen hat.

Der bessern Übersicht halber sollen zuerst die puerperal-infektiösen Fälle und solche, bei denen die Psychose im Anschluß an andere fieberhafte Erkrankungen aufgetreten ist, darauf die nicht infektiösen Fälle aufgezählt werden.

In den ersten 3 Krankengeschichten sehen wir die Psychose im Anschluß an eine genital-puerperale Infektion auftreten.

**1.** Frau M. — 25 Jahre alt — Tagelöhnerfrau, mittelgroße, kräftige Person. Vater eine Zeitlang geisteskrank gewesen. Pat. war stets leicht erregbar. 1. Geburt ohne Besonderheiten. Hat nicht gestillt. Letzte (2. Geburt) vor 12 Tagen, leicht ohne Kunsthilfe. Am 2. Tage p. p. Endometritis, nach 8 Tagen p. p. wurde sie unruhig, ging aus dem Bett, betete und redete wirres Zeug, reißt sich die Haare aus und versucht, sich den Zopf um den Hals zu schlingen.

Bei der Aufnahme ist Pat. in starker ängstlicher Erregung, redet verwirrtes Zeug und halluziniert. Wird gewalttätig und kann kaum bewältigt werden. Reagiert nicht auf Fragen, klagt über starken Kopfschmerz, murmelt unter allerlei Gestikulationen: lieber Heiland, heiliger Vater u. s. w. Spuckt und schmiert. Hockt mit gefalteten Händen betend in einer Ecke. Starres Wesen, unterbrochen von plötzlichen Tränenergüssen.

Diagnose: Puerperale Melancholie.
Dauer der Anstaltsbehandlung: $2^1/_2$ Monate.
Gewichtsabnahme: 8 Pfd. (115 Pfd.)
Gebessert entlassen. Vordauer 3 Tage.

**2.** Dienstmädchen H. — 19 Jahre alt — mittelgroßes, blasses Mädchen von mäßigem Ernährungszustand. Soll schon vor einigen Jahren geisteskrank und in einer Anstalt behandelt worden sein. Nach Angabe der Mutter früher immer sonderbares Wesen gehabt. I para litt während der Gravidität an Tonsillitis und Kopfschmerzen. Puerperium verlief fieberhaft mit septischer Endometritis. Zirka 8 Wochen p. p. begann die Geistesstörung mit Irrereden, großer Unruhe, Pat. war nicht im Bett zu halten, lachte und weinte. Dauer dieses Zustandes ca. 10 Tage, wo plötzlich gänzliche Ruhe und Stupor eintrat; seit dem Tage sank auch die Temperatur aufs Normale. Pat. ist völlig apathisch, muß gefüttert werden, liegt regungslos im Bett, ohne Antwort zu geben; schmiert. ist widerstrebend, schlägt um sich und hat keine Krankheitseinsicht; ist über Ort und Zeit desorientiert. Halluziniert lebhaft: sieht Christus und die Engel und glaubt, Ratten und Mäuse wären in ihrem Bett.

Diagnose: Halluzinatorische Verwirrtheit bei originärem Schwachsinn.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 11 Monate.
Gewichtszunahme: 33 Pfd. (118 Pfd.)
Geheilt entlassen. Vordauer 3 Wochen.

**3.** Frau B. — 21 Jahre alt — Portierfrau, kleine Person in gutem Ernährungszustand. Erblichkeit nicht nachweisbar Pat. nahm sich früher alles sehr zu Herzen und war sehr reizbar. Im 6. Lebensjahr Pneumonie, vor 3 Jahren schwere Influenza, ca. 2 Monate später klagte Pat. über Mattigkeit, schlechten Appetit und Schlaf und brachte viel Selbstanklagen

vor. Pat. wurde 4 Monate wegen Melancholie bei Imbezillität nach Influenza in einer Anstalt behandelt und geheilt entlassen.

Die folgenden 3 Jahre ist Pat. geistig und körperlich gesund geblieben bis zu ihrer ersten Entbindung, die schwer und mit Dammriß verlief. Am 3. Tage p. p. Fieber, gleichzeitig psychische Alteration; meinte nach geringem Nasenbluten, sie und ihr Kind müsse deshalb sterben. Halluziniert, wollte zum lieben Gott und sah das Paradies vor sich.

Bei der Aufnahme Fieber und Pulsbeschleunigung. Schilddrüse vergrößert. Vereiterte Dammnähte. Urin enthält Albumen. Ängstlich erregt, glaubt bereits gestorben zu sein, erklärt eine Kranke für den Heiland, sieht Teufel und Schlangen im Zimmer; ist völlig verwirrt bei motorischer Unruhe.

12 Tage p. p. unter Temperatursteigerung beginnende Mastitis und Erysipel an beiden Unterarmen. 2 Tage später Exitus letalis.

Diagnose: Akute halluzinatorische Verwirrtheit.

Dauer der Anstaltsbehandlung: 6 Tage. Vordauer: 5 Tage.

Sektion wurde nicht vorgenommen.

Krankenjournal 4—9 enthält Fälle, in denen anderweitige fieberhafte Erkrankungen den Anstoß gaben bezw. im Verlauf der Psychose auftraten; von diesen Krankheiten sind in erster Linie die Mastitis purulenta hervorzuheben, sodann multiple Abszeßbildung, Venenthrombose, Pleuritis, Eklampsie.

**4.** Frau B. — 24 Jahre alt — Gutsinspektorfrau, kleine Person in sehr reduziertem Ernährungszustand, heiratete im 23. Lebensjahr. Vater an Paralyse gestorben. Geschwister gesund. Litt früher an Chlorose und nervösen Kopfschmerzen, I para, Puerperium ohne Störung, 9 Tage p. p. plötzlich maniakalischer Zustand mit Ideenflucht. Nahrungsverweigerung. Sehr gewalttätig. Erst am 17. Tage p. p. Beginn einer rechtsseitigen Mastitis mit Axillardrüseninfiltration und Fieber.

Große motorische Unruhe, schneidet Grimassen, gestikuliert, schmiert mit Speichel und Nasensekret, schlägt, beißt und spricht beständig assonierende und alliterierende Silben; läßt Urin unter sich, schmiert im Menstrualblut und führt

obszöne Reden, bisweilen im pastoralen Ton. Jäher Wechsel zwischen heiterer und weinerlich gereizter verdrießlicher Stimmung. Nicht orientiert über Ort und Zeit.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 4 Monate.
Gewichtszunahme: 7 Pfd. (82 Pfd.)
Geheilt entlassen. Vordauer: 11 Tage.

**5.** Frau R. — 28 Jahe alt — Barbierfrau, übermittelgroß, in leidlichem Ernährungszustand, mit 27 Jahren verheiratet. Hereditär nichts nachweisbar. Soll im 15. Lebensjahr an „Phantasien" erkrankt und kurze Zeit im Irrenhaus gewesen sein. Wird 14 Tage p. p. ohne Fieber mit linksseitiger Mastitis (spontaner Aufbruch) in total verwirrtem Zustand aufgenommen. Ob Psychose vor oder nach Mastitis entstanden, ist nicht zu eruieren. Große motorische Unruhe: gestikuliert, singt Gassenhauer und Tingeltangellieder im Bett und schwatzt unaufhörlich in starker Erregung lange sinnlose Reime. Reißt Brustverband ab und schmiert in der Wunde. Über Ort und Datum nicht orientiert. Einige klare Momente aus der jüngsten Vergangenheit sind vorhanden. Ausgesprochene Ideenflucht.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 2½ Monate.
Gewichtszunahme: 5 Pfd. (100 Pfd.)
Geheilt entlassen: Vordauer: 4 Tage.

**6.** Frau F. — 37 Jahre alt — Arbeiterfrau, klein, in mäßigem Ernährungszustand. Heiratete mit 31 Jahren, hatte vor der Ehe bereits 3 Kinder. Vater soll geisteskrank gewesen sein. Sonst keine familiäre Belastung. Pat. stets gesund gewesen, hat 7 Kinder ausgetragen. Entbindungen leicht; die letzte schwer und lang andauernd, jedoch ohne stärkeren Blutverlust und ohne Kunsthilfe. Pat. stillte, bis sie am 11. Tage p. p. plötzlich erregt wurde, verwirrt, lebhaft gestikulierte, schalt und ihren Mann schlug.

Bei der Aufnahme macht sie über Familenverhältnisse und Vergangenheit anscheinend richtige Angaben und ist über Ort und Zeit richtig orientiert. Zeitweise in gehobener, heiterer Stimmung, sehr redselig, verliert sich in Details, macht Scherze, dabei beständige motorische Unruhe.

Objektiver Befund: Am rechten Ober- und Unterschenkel diffuse Veneninfiltrationen mit Hautrötung und Druckschmerz-

haftigkeit. Die Infiltrationen wurden unter Temperatursteigerung zu hühnereigroßen Abszessen, ferner multiple Abszeßbildung in der Glutäalgegegend und Brust (ausgiebige Inzisionen). Abdomen leicht aufgetrieben, in der linken Oberbauchgegend druckempfindlich.

Pat. wird gebessert nach der chirurgischen Klinik übergeführt.

Diagnose: Manische Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 4 Wochen.
Gewichtszunahme: 5 Pfd. (91 Pfd.).
Gebessert entlassen. Vordauer: 3 Tage.

**7.** Frau K. — 32 Jahre alt — Arbeiterfrau, mittelgroß, in sehr reduziertem Ernährungszustand. Vater an Phthise gestorben. Keine Belastung nachzuweisen. Soll von jeher etwas kopfschwach gewesen sein. Heiratet mit 24 Jahren und lebt in glücklicher Ehe. IV para. Alle Entbindungen und Wochenbetten normal. Erkrankte im letzten Wochenbett an Mastitis mit Fieber, wurde bald darauf unruhig, ängstlich und schlief wenig. Ca. 8 Wochen p. p. Auftreten heftiger Angstzustände, Herzklopfen, Drängen aus dem Bett. Einmal wurde bei ihr ein tonischer Krampf im rechten Bein, später auch im rechten Arm von ca. 15 Minuten Dauer beobachtet; starrt mit weitgeöffneten Augen ins Leere. Pat. zeigt einen intensiv ängstlichen Affekt, einen wirren Gesichtsausdruck. Gibt auf Befragen keine Antwort; setzt allen passiven Bewegungen großen Widerstand entgegen, beeinflußt von Halluzinationen. Macht einen zunehmend erschöpften, benommenen Eindruck, hat sehr tiefliegende Bulbi und livide Gesichtsfarbe.

Exitus letalis.
Diagnose: Halluzinatorische Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 2 Tage. Vordauer: 8 Tage.
Sektion fand nicht statt.

**8.** Frau K. — 30 Jahre alt — Kutscherfrau, mittelgroß, von schlankem Körperbau und mäßigem Ernährungszustand. Keine Heredität. Pat. früher stets normal. Im 12. Lebensjahr Typhus, sonst gesund gewesen. Seit 8 Jahren verheiratet. III Gebärende. Die beiden ersten Puerperien normal. Die letzte Entbindung ohne Kunsthilfe und ohne wesentlichen Blutverlust; steht am 6. Tage p. p. auf, bekommt am selben Tage plötzlich Schüttelfrost und Seitenstiche (Pleuritis), ca.

5 Wochen nach der letzten Entbindung, nachdem sich Pat. dauernd schwach und elend gefühlt hat, psychische Veränderung. Ist ängstlich, deprimiert auf halluzinatorischer Grundlage, glaubt Gift im Leib zu haben, führt verwirrte Reden. Keine Gewalttätigkeiten, keine Suicidgedanken.

Bei der Aufnahme freundlich und fügsam, gibt über Ort und Familienverhältnisse richtige Auskunft. Für die Ereignisse der letzten Vergangenheit keine klare Erinnerung. Liegt starr da, ohne eine Wort zu reden. Halluziniert: Blut spritzt aus ihren Fingerspitzen. Verkennt ihre Umgebung. Ist obszön, widerstrebend, unzugänglich, von läppischem, lautem Wesen, singt Gassenhauer, zerreißt Kleider und Wäsche, wird aggressiv.

Wiederholt schleimig-blutige Durchfälle mit Temperatursteigerung.

Diagnose: Chronische Verwirrtheit.

Dauer der Anstaltsbehandlung: 3 Jahre, 2 Monate.

Gewichtsabnahme: 5 Pfd. (90 Pfd.).

Exitus letalis.

Vordauer $1^1/_2$ Monate.

Sektionsprotokollauszug: Schwellung der Darmschleimhaut, Dickdarmgeschwüre (Dysenterie). Tuberkulose des Oberlappens der rechten Lunge. Herzklappen und Muskulatur o. B. Groß- und Kleinhirn blaß, weich, ödematös. Genitalorgane normal.

**9.** Frau K. — 30 Jahre alt — Malerfrau, mittelgroß, von schlankem Körperbau, in mittlerem Ernährungszustand. Mit 26 Jahren geheiratet. Vetter des Großvaters in der Irrenanstalt gestorben, Sohn einer Cousine ebenfalls geisteskrank. Pat. von jeher leicht empfindlich und erregbar. II Gebärende. 1. Partus leicht, ohne Störung, hat selbst genährt. 2. Partus schwer, aber spontan. Die Mutter soll hart gegen sie gewesen sein, ihr wegen der bevorstehender Geburt Sorgen gemacht haben. Hat bereits in der letzten Zeit der Schwangerschaft geschwollene Füße gehabt. Wenig Wasser gelassen. Gleich nach der Entbindung heftige Kopf- und Magenschmerzen. Liegt 3 Tage lang im eklamptischen Koma. Urin: + Albumen. Durchschnittlich 4 Anfälle pro die. Halluzinationen schreckhaften Inhalts: Kinder fielen in die Dunggrube, glaubt Bett und Badewanne ständen auf der Straße. Über Ort und Zeit orientiert, macht bezüglich ihrer Vergangenheit

genaue Angaben. Seit den letzten Tagen vor der Geburt fehlt die Erinnerung. Am 3. Tage p. p. wieder zu sich gekommen, habe sie beunruhigende Erscheinungen gesehen. Fremde Männer seien im Zimmer, sie hätte das Gefühl des Gehens und Fallens im Bett gehabt.

Diagnose: Puerperales Delirium nach Eklampsie.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 20 Tage.
Geheilt entlassen. Vordauer: 8 Tage.

Die folgenden 3 Fälle haben das Gemeinsame, daß die Psychose im Anschluß an eine einmalige außergewöhnliche seelische Erregung (Tod resp. Erkrankung eines Kindes) entstanden ist.

**10.** Frau B. — 33 Jahre alt — Erbpächterfrau, groß, kräftig, in gutem Ernährungszustand. Mit 30 Jahren geheiratet. Eltern und Geschwister gesund. Keine Geisteskrankheiten in der Familie. Pat. war stets gesund, bis auf einen „Nervenanfall" im 20. Lebensjahr, nach einer heftigen Gemütsbewegung (Rückgang ihrer Verlobung), die nach 14 Tagen vorüber war. III para. Puerperien normal. Erkrankte 3 Wochen p. p., nachdem 2 ihrer Kinder kurz hintereinander gestorben waren, an akuter Verwirrtheit. Singt, schreit und ist heftig erregt, greift ihre Umgebung an und zerstört Hausgeräte. Ist nicht zu konzentrieren, Ort und Zeit sind ihr unbekannt, verkennt ihre Umgebung, entkleidet sich, ist sexuell erregt, wird plötzlich aggressiv, spuckt und schlägt zornig um sich, wirft Teller mit Essen ins Zimmer, es sei Schweinefutter. Reißt Verband ab, schlägt Scheiben ein und schwatzt völlig inkohärent.

Diagnose: Halluzinatorische Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: $9\frac{1}{2}$ Monate.
Gewichtsabnahme: 37 Pfd. (96 Pfd.).
Ungeheilt entlassen. Vordauer: 2 Tage.

**11.** Frau W. — 37 Jahre alt — Bauunternehmerfrau, große, kräftig gebaute Person in sehr reduziertem Ernährungszustand. Heirat mit 22 Jahren. Erblich nicht belastet. In früher Jugend augenleidend, davon im 12. Lebensjahr genesen; körperlich und geistig gut entwickelt. Ruhige Gemütsart. VI Gebärende. Bei allen Graviditäten in der ersten

Hälfte sehr häufiges Erbrechen, Alle Geburten leicht. Im zweiten Puerperium (vor 12 Jahren) am 5. Tage p. p. Fieber, darauf rasche Ausbildung tobsüchtiger Erregung. Wird mit puerperaler Melancholie auf dem Sachsenberg aufgenommen und nach $1^3/_4$ Jahren geheilt entlassen. In der 2. Hälfte der 5. Gravidität Kopfschmerz und starke Ödeme an beiden Beinen (letztere übrigens, wenn auch wenig ausgesprochen, bei allen Graviditäten). Im 7. Monat Ausbruch von Eklampsie. Frucht mazeriert im Anfall geboren. Nach der Entbindung keine Anfälle, jedoch stuporartige Zustände; stilles, gedrücktes Wesen. Dauer ca. 3 Wochen, dann völlige Genesung. In der zweiten Hälfte der letzten 6. Gravidität 3 Wochen an Influenza gelegen. Entbindung leicht, ohne besonderen Blutverlust. Puerperium ohne Störung. Zu bemerken ist, daß Pat. in der Zeit ihrer Schwangerschaft bei einer Kartenlegerin war, die ihr wahrsagte, eine Schwangere werde im Dorfe sterben; da sie die einzigste war, nahm sie sich diese Prophezeiung sehr zu Herzen. Am 6. Tage p. p. Stimmungsschwankung, bald weinerlich, bald lachend, spricht verwirrtes Zeug, betet und singt Kirchenlieder; reagiert auf keine Fragen, starrt ins Leere und halluziniert: hört Schimpf- und Drohworte. Uriniert und defäziert ins Bett.

Diagnose: Manische Erregung bei sekundärem Schwachsinn.

Dauer der Anstaltsbehandlung: $1^1/_2$ Monate.
Gewichtszunahme: 4 Pfd. (97 Pfd.).
Gebessert entlassen. Vordauer: 10 Tage.

**12.** Frau B. — 32 Jahre alt — Arbeiterfrau, mittelgroß, mäßig ernährt, hat mit 21 Jahren geheiratet. Aus der Ehe sind 4 Kinder hervorgegangen. Anamnestische Daten bezüglich Heredität und Disposition fehlen. Letzte Geburt normal, stand am 7. Tage p. p. auf und sei gleich wirbelig im Kopf geworden und immer müde und schwach gewesen; ihr war es, als ob's im Kopf singen tät. Ca. 8 Wochen nach der letzten Geburt findet die Überführung in die Anstalt statt; 5 Tage vorher war ihr Kind schwer erkrankt, sie wachte 5 Tage und 5 Nächte ununterbrochen, dabei war es ihr manchmal, als ob ihr etwas vor die Augen schoß, sie sah Gespenster; sie tanzte im Zimmer umher, gestikulierte, rutschte auf dem Fußboden entlang und war völlig verwirrt. Sie gibt keine Antworten und fährt in ihren zusammenhanglosen, verworrenen Reden

mit religiösem Inhalt fort; erklärt sich für den Heiland und die Ärzte für Priester. Entkleidet sich und wird obszön.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 4 Wochen.
Gewichtszunahme: 7 Pfd. (129 Pfd.).
Geheilt entlassen Vordauer: 6 Tage.

Aus den übrigen Krankengeschichten 13—24 ist keine direkt ersichtliche Ursache für die puerperale Psychose zu ergründen gewesen als das Puerperium selbst.

**13.** Frau R. — 37 Jahre alt — Fischerfrau, mittelgroß, in mäßigem Ernährungszustand, mit 21 Jahren verheiratet. Keine Blutsverwandtschaft mit Ehemann. Nervenerkrankungen, Suicidium, Potus und spezifische Infektion fehlen in der Familie. Pat. selbst physisch und psychisch stets normal gewesen, außer nach dem 6. normalen Partus vor 11 Jahren — damals erkrankte sie 4 Wochen p. p. unter denselben Erscheinungen von Melancholia puerperalis wie jetzt. 2 Monate später vollständig geheilt.

4 Wochen nach letztem 9. Partus mit normalem Wochenbettverlauf plötzlich Auftreten von heftiger ängstlicher Erregung, Schlaflosigkeit und melancholischer Depression. Verweigert Nahrungsaufnahme. Zeitweise unter völliger Apathie incontinentia urinae et faec. Hat auf ihre Tochter mit dem Messer gestochen und wurde wegen Gemeingefährlichkeit aufgenommen.

Sie hat beständig ein trauriges, gedrücktes, ängstlich weinerliches Wesen. Ihre aktiven Bewegungen sind gehemmt. Den passiven Bewegungen wird Widerstand entgegengesetzt. Ist sehr widerstrebend, öfter naß, schmiert im Menstrualblut. Krankheitseinsicht fehlt.

Diagnose: Melancholia puerperalis.
Dauer der Anstaltsbehandlung: $3^1/_2$ Monate.
Gewichtszunahme: 19 Pfd. (113 Pfd.).
Wurde geheilt entlassen. Vordauer: 4 Monate.

**14.** Frau G. — 40 Jahre alt — Tagelöhnerfrau, mittelgroß, in leidlichem Ernährungszustand, heiratete mit 23 Jahren. Keine Geisteskrankheit in der Familie. Pat. selbst körperlich

und geistig stets gesund gewesen. 6 normale Partus. Alle Puerperien gut abgelaufen. 2 Aborte. Letzte Geburt vor 20 Wochen. Puerperium o. B. Erkrankte 4 Wochen nach dem 6. normalen Partus mit Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Schwächezuständen, Herzklopfen und Angstgefühlen. Befand sich in ärztlicher Behandlung. Dieser Zustand dauerte in wechselnder Stärke $5^1/_2$ Monate. Darauf erkrankte ihr jüngstes Kind an Husten und Schnupfen. Im Anschluß daran Verstärkung der depressiven Stimmung mit Sinnestäuschung und Selbstanklage. Verweigert Nahrungsaufnahme. Ist über Ort und Zeit orientiert und hat ein lückenloses Erinnerungsvermögen. Weint viel, glaubt selbst sterben und ihr Kind umbringen zu müssen. Lebhaftes Krankheitsgefühl.

Diagnose: Melancholia puerperalis.
Dauer der Anstaltsbehandlung: ca. 2 Monate.
Gewichtszunahme: 1 Pfd. (95 Pfd.).
Geheilt entlassen. Vordauer: 20 Wochen.

**15.** Frau B. — 44 Jahre alt — Knechtsfrau, mittelgroß, kräftig, in mäßigem Ernährungszustand, heiratete mit 22 Jahren. Eine Schwester ist an puerperaler Psychose erkrankt gewesen. Ein Bruder Potator strenuus, Eltern nicht blutsverwandt. Pat. körperlich und geistig stets gesund gewesen, lebte in glücklicher Ehe. VI para. Über den Verlauf der früheren Geburten resp. Wochenbetten bestehen keine direkten Angaben. 8 Tage nach dem letzten Partus, bei dem manuelle Placentarlösung nötig war, ohne Auftreten von Fieber plötzlich Kopfdruck, Vergeßlichkeit, Größenideen, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen: im Bett seien so viele Stecknadeln, sie werde beständig geprügelt, müsse ins Feuer gehen u. s. w. Pat. ist sehr widerstrebend, macht allerlei eigenartige Bewegungen (Schwimmen, Spinnen), ist desorientiert über Ort und Zeit. Schmiert im Speichel und Kot, schlägt ihre Umgebung und ist sehr unruhig.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: $5^1/_2$ Monate.
Gewichtszunahme: 16 Pfd. (119 Pfd.).
Gebessert entlassen. Vordauer: 4 Wochen.

5 Tage nach der Entlassung wieder aufgenommen, tobt, singt, schwatzt in derselben Weise wie vorher. Halluziniert stark, zerreißt Hemd und Decken, rupft sich die Kopfhaare aus, schmiert und spuckt viel. Ist dann zeitweise wieder in

gehobener heiterer Stimmung. Nach $4^1/_2$ monatlicher Anstaltsbehandlung geheilt.

**16.** Frau B. — 34 Jahre alt — Arbeiterfrau, mittelgroß, kräftig, in gutem Ernährungszustand, heiratete mit 22 Jahren. Eltern gesund. Ein Bruder ist geistesschwach. Pat. war als junges Mädchen schwächlich, blutarm und stets leicht erregbar. 6 Partus, 2 Aborte. Erster Partus Forceps, darnach Unterleibsentzündung, seitdem fast regelmäßig einmal wöchentlich Krampfzustände ohne Bewußtseinstörung (Hysterie?). Häufigere Wiederholungen dieser Zuckungen, besonders in der 2. Hälfte der folgenden Schwangerschaften. Beim letzten Partus wurde Kind mazeriert ausgestoßen. Ca. $1^1/_2$ Monate p. p. Eintreten von starker Aufregung, Präkordialangst und Eifersuchtsideen (wirft ihrem Manne Untreue vor). Vereinzelte Gehörshalluzinationen: lacht fortwährend, liegt beständig unter der Bettdecke. Gegen Umgebung gewalttätig, Suicidgedanken. Nahrungsaufnahme und Schlaf schlecht. Gibt ziemlich gute und richtige Auskunft über ihre Vergangenheit; zeigt ein nur mäßig gehemmtes Wesen, ist über Ort und Zeit völlig orientiert, weint und jammert viel. Erkennt ihre Umgebung vollständig, freut sich über den Besuch ihrer Verwandten. Keine Krankheitseinsicht.

Diagnose: Paranoia.
Dauer der Anstaltsbehandlung: $4^1/_2$ Monate.
Gewichtsabnahme: 7 Pfd. (88 Pfd.).
Gebessert entlassen. Vordauer: ca. 1 Jahr.

**17.** Frau Sch. — Arbeiterfrau — 33 Jahr, übermittelgroß, in leidlichem Ernährungszustand, heiratete mit 31 Jahren und lebte in glücklicher Ehe. Hatte niemals Nahrungssorgen. Eltern sonderbar. Keine geistigen Erkrankungen in der Familie. Pat. soll früher öfter Touren gehabt haben. II para. Erstes Kind unehelich. Geburts- und Wochenbettsverlauf ohne Besonderheit. Ca. 8 Wochen nach dem 2. normalen Partus treten paranoische Wahnvorstellungen auf: die Speisen seien verfälscht und vergiftet; sie wolle des lieben Gottes Frau werden etc. Suicidgedanken und Gewalttätigkeiten fehlen. Ist bei gutem Gedächtnis völlig über Ort und Zeit orientiert. Heftige Gehörshalluzinationen bei Nacht: ein Mann hätte ihr gesagt, er wolle ihren Mann kaufen, sie solle darüber schweigen; diese Erzählung hätte sie öfter gehört.

Stimmen riefen ihr zu, sie solle in Gold und Silber gekleidet Gottes Frau werden. Gott sei in Gestalt des Dr. X. zu ihr gekommen und habe ihr eine Injektion gemacht. Sie müsse viel lesen und beten. Sie sei bereits zur Königin proklamiert und werde nächstens Kaiserin. Man stelle ihr aus Neid nach und wolle sie abschlachten.

Diagnose: Paranoia.

Dauer der Anstaltsbehandlung: 3 Monate.

Gewichtszunahme: 6 Pfd. (110 Pfd.).

Ungeheilt entlassen. Vordauer: ca. 2 Monate.

**18.** Frau R. — 35 Jahre alt — Tagelöhnerfrau, klein, kräftig, gut genährt, ist in 2. Ehe verheiratet. Vater ist sonderbar. Ein Bruder starb durch Selbstmord. Geschwister leben und sind gesund. Pat. selbst stets rüstig gewesen, geistige Eigentümlichkeiten wurden nie an ihr beobachtet. VIII Gebärende. Geburten und Wochenbetten normal. Vor 2 Jahren Abort im 2. Monat. Vor 1 Jahr schwere Entbindung mit Kunsthilfe in Chloroformnarkose (Wendung wegen Querlage). Puerperium verlief ohne Störung. Wenige Tage p. p. zeigte Pat. ein verändertes Wesen. Körperliches Unbehagen. Schwere und Druck im Kopf und Rücken, ohne objektiv nachweisbaren Grund, so daß Hypochondrie resp. Hysterie angenommen wurde. Bald darauf trat Schlaflosigkeit, gedrückte Gemütsstimmung und leichte Reizbarkeit ein. Geht mit dem Messer auf ihre Umgebung. Suicidgedanken. Vorübergehende Besserung des Zustandes. Dann wieder dauernde Bettruhe, behauptet, nicht außer Bett sein zu können wegen anhaltender Kopf- und Leibschmerzen. Läßt ihren Mann wiederholt ohne verständigen Grund von der Arbeit holen, damit er ihr helfe. Alle Vorstellungen, daß sie organisch gesund sei, nützen nichts. Sie macht den Eindruck einer hypochondrischen Gemütsverstimmung. Nachdem dieser Zustand ca. $1^1/_4$ Jahr gedauert hat, Aufnahme.

Pat. gibt sichere, sachgemäße Auskunft über ihre Person und ist über Ort und Zeit orientiert. Begründet die Vernachlässigung ihrer 7 Kinder und der Wirtschaft in logischer Weise. Widerspricht mit Entrüstung der im ärztlichen Attest gemachten Beschuldigung, daß sie gemeingefährlich sei. Klagt jetzt über Brechreiz, Kopfschmerz und Gliederreißen (ohne Lokalisation). Weint aus Sorge um ihre Kinder. Sucht ihre Beschwerden auf die eingenommene Medizin zu beziehen.

Krankheitseinsicht fehlt. Objektiv findet sich Struma, Tachykardie und Tremor der Finger.

Diagnose: Hypochondro-melancholische Verstimmung.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 1 Monat.
Gewichtsabnahme: 8 Pfd. (147 Pfd.).
Gebessert entlassen. Vordauer: $1^1/_4$ Jahr.

**19.** Frau K. — 28 Jahre alt — Arbeiterfrau, mittelgroß, in mäßigem Ernährungszustand. Keine Heredität. Pat. ist von schwächlicher Natur, aber sonst frei von nervösen Erscheinungen geblieben, bis auf Krampfzustände, die mit dem 19. Lebensjahr auftraten. Heiratet mit 21 Jahren, hat 4 Kinder, Entbindungen und Wochenbetten normal. Im 2. Jahr der Ehe erkrankte sie wieder an Krämpfen, diese Anfälle begannen mit Herzklopfen und Ohnmachtsgefühl, ihr blieb die Luft weg, das Gesicht wurde gedunsen, und in allen Gliedern traten Zuckungen auf; während des Krampfes anscheinend ohne Bewußtsein, keine Verletzungen dabei erlitten. In den folgenden Jahren wurden die Anfälle seltener. Letzter Partus leicht, ohne stärkere Blutung, ohne Fieber. 2 Wochen p. p. beginnt die psychische Veränderung, nachdem Pat. schon 8 Tage außer Bett war und gearbeitet hat.

Bei der Aufnahme ist Pat. unruhig, ängstlich verstimmt, macht Selbstanklagen, weint und will zum Fenster hinausspringen, singt Choräle und spricht wirres Zeug. Bewegungen gehemmt.

Halluziniert stark: Man wolle sie schlagen, es spreche noch immer in ihrem Kopf, sie wolle vor Angst ins Wasser gehen. Fehlende Krankheitseinsicht. Über Zeit und Ort desorientiert, hält die Anstalt für ein Schloß.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 5 Monate.
Gewichtszunahme: 32 Pfd. (138 Pfd.).
Geheilt entlassen. Vordauer: 3 Wochen.

**20.** Frau J. — 34 Jahre alt — Arbeiterfrau, mittelgroß, von schlankem Körperbau und mäßigem Ernährungszustand. 1 Bruder der Pat. ist nach Trauma schwachsinnig geworden, 2 andere Brüder sind geistig defekt. Pat. ist unehelich geboren, war früher im ganzen gesund, von leicht erregbarem Wesen. Heiratete mit 21 Jahren und lebte in glücklicher Ehe. 1 Abort, 2 Partus; hat selbst gestillt. 8 Tage vor der

letzten Entbindung klagte sie viel über Kopfschmerzen (ohne Brechreiz). Geburtsverlauf glatt ohne wesentlichen Blutverlust. Schon 6 Stunden p. p. traten Halluzinationen auf. Die Nacht verlief ruhig. Am nächsten Tage war sie geordnet. In der darauffolgenden Nacht wieder Halluzinationen (hört Klopfen, jemand wolle sie ermorden) und Unruhe. Seitdem beständig in ängstlichem Affekt, schluchzt, weint und stöhnt. Läuft im Zimmer wirr umher, entkleidet sich, redet in abgerissenen Sätzen undeutlich vor sich hin. Weiß Alter, Geburtsdatum; Ort, Beruf des Mannes, das Geburtsdatum des jüngsten Kindes u. s. w. nicht anzugeben. Defäziert in eine Zimmerecke, zerreißt Kleider und Betten und steht unter dem Eindruck heftiger Gehörstäuschung.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.
Dauer der Anstaltsbehandlung: $1^1/_2$ Monate.
Gewichtszunahme: 14 Pfd. (114 Pfd.).
Geheilt entlassen. Vordauer: 7 Tage.

**21.** Frau Gr. — 29 Jahre alt — Zimmermeisterfrau, mittelgroß, von mittelmäßigem Ernährungszustand. Heirat mit 27 Jahren. 1 Vaterschwester ist geisteskrank. Eltern und Geschwister nervengesund. Pat. früher immer gesund gewesen. Mit 20 Jahren Verlobung, die nach einiger Zeit zurückging, dadurch eine Zeitlang sehr nervös, aufgeregt und weinerlich gewesen. Später wieder völlig normal. Hat von jeher leicht erregbares Gemüt. Ipara. Geburt leicht, ohne Arzt und ohne großen Blutverlust. Wochenbett o. B. Nährt selbst. Wurde während der Laktation nervöser, wollte sie aber unter keinen Umständen aufgeben, da es ihre Pflicht sei, zu nähren. Machte sich beständig Selbstvorwürfe bezüglich schlechter Führung der Wirtschaft und des Haushaltes. Ca. 2 Monate p. p. Höhepunkt dieser psychischen Veränderung. Klagt und jammert viel, hat Suicidgedanken. Bei der Aufnahme bietet sie das Bild tiefster Verstimmung mit ängstlichem Affekt. Gibt Geburtsort und -Datum, Familienverhältnisse und Daten aus dem Eheleben richtig an. Ergeht sich dann wieder in Selbstanklagen über die vernachlässigte Pflege ihres Kindes, das sie bereits umgebracht haben will, wofür sie Strafe erwarte, eine Selbst- und Kindesmörderin müsse hingerichtet werden.

Diagnose: Melancholia puerperalis.
Dauer der Anstaltsbehandlung: 1 Monat.

Ungeheilt entlassen.
Gewichtsabnahme: 6 Pfd. (110 Pfd.)
Vordauer: 3 Wochen.

**22.** Frau D. — 28 Jahre alt — Tapeziererfrau, kleine zierlich gebaute Person, in mäßigem Ernährungszustand. Pat. ist erblich belastet. Mutter geistig beschränkt, sonderbar. 3 Geschwister sind gesund. Aus der Kindheit nichts bekannt. Als Mädchen sei sie auffallend scheu und eigensinnig gewesen. Heiratete mit 26 Jahren und lebte in unglücklicher Ehe infolge schlechter Behandlung des Mannes, der sie oft geschlagen hat. I para. Geburt verlief normal. Im Wochenbett lange wegen „Schwäche" gelegen, einige Zeit nach der Entbindung Klagen über zunehmend ängstliches Wesen: Fürchtete Dinge zu berühren, glaubte sich und anderen zu schaden. Verließ ca. 4. Monate p. p. auf $^1/_4$ Jahr ihren Ehemann und lebte bei Verwandten, kehrte dann aber freiwillig zurück. Während der Menstruationszeit jedesmal erregter und ängstlicher als sonst, fürchtete verbrannt und getötet zu werden und jammert viel — soweit der ausführliche ärztliche Bericht.

Bei ihrer Aufnahme, ca. 11 Monate nach dem Partus, tragen die Züge der Pat. ein gewisses, kindlich schwachsinniges Gepräge, besonders in ihrer Art zu sprechen. Pat. antwortet erst nach einigem Besinnen, ist aber über Ort, Zeit, persönliche Verhältnisse orientiert. Sie hätte sich von ihrem Mann getrennt in dem Glauben, er wolle sie totmachen, da sie gegen seinen Willen keine Kinder mehr haben wolle. Aus Reue zurückgekehrt, habe sie sich geängstigt, sobald ihr Mann nur irgend etwas in die Hand nahm; beim Anblick des Feuers glaubte sie verbrannt zu werden. Zu diesen Angstvorstellungen gesellten sich bald Zwangsvorstellungen. Zeitweise total verwirrt, halluziniert. Ängstlich verstimmt, bisweilen in tobsüchtiger Erregung, schilt und schlägt um sich, bekommt Weinkrämpfe, wiegt den Oberkörper beständig hin und her, murmelt Unverständliches vor sich hin und reagiert auf nichts. Als veranlassendes Moment für ihre Erkrankung gibt Pat. sexuelle Perversität an (Cunnilingus des Mannes).

Diagnose: Verwirrtheit bei bestehender Imbezillität.
Gewichtsabnahme: 4 Pfd. (91 Pfd.).
Dauer der Anstaltsbehandlung: $2^1/_2$ Monate.
Ungeheilt entlassen. Vordauer: 11 Monate.

4 Monate nach der Entlassung Wiederaufnahme. Hat zwei Monate mit ihrem Mann, der sie weiter schlecht behandelt hat, zusammen gelebt; wird sodann mit ihrem Kind zusammen in ein Armenhaus übergeführt. Hier wieder stärkere Erregung und total verworren in ihren Reden; wollte sich mit ihrem Kind ins Wasser stürzen, worauf ihr das Kind abgenommen wurde. Seitdem in heftigster Aufregung.

Reduzierter Ernährungszustand. Ängstliches, verwirrtes, gehemmtes Wesen. Ort und Zeit bekannt. Der weinerlichen Stimmung folgt manchmal ein heiteres, ausgelassenes Wesen, wobei sie unaufhörlich schwatzt und lacht.

Nach 6 Monaten gebessert entlassen.

Wird 8 Tage nach ihrer letzten Entlassung zum dritten Male aufgenommen.

Ist mit lebhaften Gestikulationen in beständiger Rede begriffen. Stimmung vorwiegend heiter, vorübergehend weinerlich und zornig. Keine Krankheitseinsicht. Sexuell heftig erregt. Zeitweise starr und teilnahmslos. Verkennt ihre Umgebung, halluziniert, lacht und weint durcheinander. Wird nach $2^3/_4$ Jahren ungeheilt entlassen.

**23.** Frau B. — 27 Jahre alt — Lehrerfrau, kleine, blasse, schlechtgenährte Frau, seit 1 Jahr in glücklicher Ehe verheiratet. Keine Heredität. Früher gesund, nur etwas bleichsüchtig gewesen. I para, Entbindung leicht, ohne erheblichen Blutverlust. Hat nicht genährt. Am 7. Tage p. p. unregelmäßige Herztätigkeit, langsam zunehmende Verwirrtheit und weinerliche Stimmung, ohne Angabe der Gründe. Verkennt ihre Umgebung; lächelt und verfällt plötzlich wieder in das scheue, ängstliche Wesen. Desorientiert über Zeit und Ort; glaubt in einer Kirche zu sein, hält den Arzt für einen Pastor. Suicidgedanken. Immer in ärgerlicher Stimmung über sich selbst und ihre Mitmenschen, deren Schlechtigkeit sie beklagt. Fehlende Krankheitseinsicht. Halluziniert: sieht böse Geister und nimmt Befehle von Gott entgegen. Allerlei Selbstvorwürfe, müsse hingerichtet werden, weil sie ein verdorbenes Frauenzimmer sei. Wird gegen ärztlichen Rat nach zweimonatlicher Anstaltsbehandlung ungeheilt entlassen.

Diagnose: Melancholia puerperalis.

Gewichtszunahme: 6 Pfd. (99 Pfd.). Vordauer: 3 Wochen.

**24.** Frau L. — 37 Jahre alt — von mittlerem Ernährungszustand. Arbeiterfrau. Keine Heredität. Ein Bruder Potator. Eltern wahrscheinlich blutsverwandt. Heiratet mit 30 Jahren. War früher stets gesund und ist VI para. Entbindungen normal. Erkrankte am 7. Tage p. VI p.; plötzlich Verwirrtheit mit Halluzinationen, motorischer Erregungszustand mit Ideenflucht. Spricht verworren vor sich hin, gibt verwirrte, unverständliche Antworten und singt. Ist obszön in ihren Redensarten, schimpft, spuckt und schmiert. Obstipatio wechselt mit blutigen Diarrhöen.

Diagnose: Akute Verwirrtheit.

Dauer der Anstaltsbehandlung: 6 Monate.

Gewichtsabnahme: 17 Pfd. (69 Pfd.).

Ungeheilt entlassen. Vordauer: 7 Monate.

Nach ca. $2^1/_2$ Monaten Wiederaufnahme in demselben verwirrten Zustand wie früher; schwatzt unverständliches Zeug, zuweilen in Reimen; zerreißt Kleider und Bettzeug Bald heiter, bald weinerlich, entkleidet sich und stiert stumm und starr ins Leere. Gestikuliert. Häufig eitrig, blutigschleimiger Durchfall.

Diagnose: Chronische Verwirrtheit.

Nach $1^1/_2$jähriger Behandlung erfolgte Exitus.

Sektionsprotokollauszug:

Pathologisch-anatomische Diagnose: Enteritis ulcerosa, Lungenspitzentuberkulose.

Unter dem linken Os parietale befindet sich ein linsengroßer, harter Tumor der Dura. Embolie eines mittleren Astes der Pulmonalarterie. Ältere Tuberkulose der Lungen. Uterus groß, dick, hyperämisch, Ectropium der Cervicalschleimhaut. Vagina o. B. Herz normal.

Es bleibt zum Schluß noch übrig, das vorliegende Material systematisch tabellarisch zu betrachten, um in kurzer, übersichtlicher Form ein wissenschaftliches Resultat zu erhalten. Wenn Hoche bei einem Material von 211 und Ripping bei einer Zahl von 765 Psychosen am Schluß ihrer Betrachtungen genau prozentuale Berechnungen aufstellen, so hat dies einen bestimmten Wert; unser Beobachtungsmaterial von 24 Fällen scheint mir jedoch zu gering, um wertvolle,

vergleichende, prozentuale Resultate zu gewinnen. Aus diesem Grunde ist von einer Umrechnung „auf Hundert“ abgesehen worden.

Aus nachstehender Tabelle ergeben sich die Diagnosen mit Angabe der Häufigkeit ihres Vorkommens und ihrer Prognose.

15 akute resp. chron. halluzinatorische Verwirrtheit, darunter 3 Fälle mit sek. Schwachsinn — 6 geheilt, 3 gebessert, 6 ungeheilt.
2 Paranoia — 1 gebessert, 1 ungeheilt.
1 puerperalis Delirium nach Eklampsie — geheilt.
6 Melancholia puerperalis — 2 geheilt, 2 gebessert, 2 ungeheilt.

Die Prognose im allgemeinen war bei unsern Fällen ungünstig: 9 Geheilten standen 15 Gebesserte, resp. Ungeheilte gegenüber. Die 6 Gebesserten waren allerdings durchschnittlich nur 1—2 Monate in Anstaltsbehandlung, so daß vielleicht mit Rücksicht darauf die Zahl der Geheilten etwas höher angeschlagen werden kann. 4 wurden ungeheilt auch z. T. nach sehr kurzer Behandlungszeit (XVII, XXI, XXIII) entlassen.

4 starben: 2 gleich in den ersten 6 Tagen nach der Aufnahme, die beiden andern erst nach 2—3jähriger Behandlung.

2 Fälle wurden seziert (VIII, XXIV).

Der Ernährungszustand hatte auf die Prognose keinen ausschlaggebenden Einfluß, so verliefen Fall XV (geb.), XVIII (geb.), X (ungeh.), XXIV (ungeh.), III (ungeh.), trotz guten Ernährungszustandes ungünstig. Im großen und ganzen waren die Pat. leidlich genährt, nur in 4 Fällen war die Ernährung eine schlechte.

16 Frauen erkrankten zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr, wobei der frühere resp. späte Heiratstermin ohne Einfluß war.

Hereditär belastet waren 9, in 14 Fällen wurde die Heredität negiert, in einem Falle fehlte die Angabe.

Bei der Frage bezüglich der früheren Erkrankungen sollen in dieser Statistik nur die geistigen Veränderuugen bezw. Anomalien der Pat. Berücksichtigung finden. Besonderes Interesse beanspruchen in dieser Beziehung Fall XI und XIII, dadurch, daß sich in mehreren Puerperien das Irresein wiederholt hat. Eine gewisse Prädisposition zeigt auch Fall III, indem bei derselben Person nach Influenza eine Melancholie und in einem späteren Wochenbett halluzinatorische Verwirrtheit aufgetreten sind.

Bestimmt nachweisbar waren frühere geistige Erkrankungen nur in 10 Fällen.

Welche Bedeutung der Zahl der Geburten zuzuschreiben ist, lehrt die Tatsache, daß besonders 1. und 2. Gebärende (zusammen 12) erkrankt sind, dabei ist aber zu bemerken, daß Psychosen in jedem, selbst noch im 9. Puerperium (XIII) zur Beobachtung gekommen sind.

Der Wochenbetts- und Geburtsverlauf war in 15 Fällen normal, d. h. ohne Kunsthilfe, ohne schweren Blutverlust; es konnte also die Psychose absolut in keinen Zusammenhang mit einer Abnormität im Verlaufe der Geburt resp. des Wochenbetts gebracht werden. Dreimal (X, XI, XII) erfolgte die Psychose im Anschluß an eine seelische Erregung.

Die übrigen 9 Fälle sind nochmals in zwei Gruppen zu teilen, wo nur 3 Psychosen in direkten Zusammenhang mit einer genital-puerperalen Infektion gebracht werden, die noch fehlenden 6 Psychosen entstanden nach einer anderweitigen fieberhaften Erkrankung (Mastitis, Venenthrombose, Pleuritis Eklampsie.)

Die Vordauer betrug in 17 Fällen 2—30 Tage, jedoch kamen auch 4 Psychosen zur Beobachtung von über 1 Jahr Vordauer: 2 davon wurden gebessert, 2 ungeheilt entlassen.

Den Beginn des Ausbruchs der Psychose nach der Entbindung zeigt folgende Tabelle:

11 in den ersten 8 Tagen,
6 - - - 4 Wochen,
7 - - - 8 -

Bezüglich der Gewichtsverhältnisse ist zu bemerken, daß die Geheilten fast ausschließlich eine nennenswerte Zunahme (II, XIII, XIX, XX), die Ungeheilten zum Teil eine erhebliche Abnahme (X, XVI, XVIII) gezeigt haben.

Auch diese Arbeit ist, wie der Titel sagt, nur ein Beitrag zu den Puerperalpsychosen, die Hauptfrage nach der Ätiologie und dem Zusammenhange mit dem Puerperium an sich bleibt noch unaufgeklärt.

Eins scheint mir aber in eklatanter Weise durch diesen Beitrag bewiesen, daß, indem über die Hälfte unserer Fälle (15) ohne jegliche Infektion erkrankt ist, der Grund zur Entwickelung einer Psychose im Wochenbett nicht in einer Infektion oder anderweitig zu suchen ist.

Zur Klärung und Förderung der Frage wird jedenfalls in erster Linie die vorläufig unsern Sinnen noch nicht genügend zugängliche exakte chemische Blut- und Sekretanalyse während des Generationsgeschäftes erforderlich sein. Ob die Resorptionsverhältnisse des thrombosierten, puerperalen Uterus oder die durch sie sekundär bedingte, pathologisch veränderte innere Drüsensekretion das Agens zum Ausbruch einer Psychose liefern, kann vorläufig absolut nicht entschieden werden.

Wenn der Gedanke von der durch Resorption veränderten Blutbeschaffenheit tatsächlich zum Ziel unserer Erkenntnis der Puerperalpsychosen führt, so liegt es auch nahe, der innneren Drüsensekretion bei diesen Vorgängen unsere Aufmerksamkeit zu widmen, zumal es bekannt ist, daß Drüsen mit innerem Ausführungsgang (Thyreoidea, Hypophysis) infolge pathologisch-anatomischer Veränderungen geistige Anomalien bei dem betr. Individuum hervorrufen können.

Zum Schluß meiner Ausführungen soll noch einer Tatsache gedacht werden: wenn bei der Durchsicht der Krankenjournale eine gewisse Kürze in der Anamnese auffällt, und es manchmal den Eindruck der Unvollständigkeit macht bezügl. anamnestischer Daten, so mag ausdrücklich darauf hingewiesen sein, daß mir zur Bearbeitung ein bereits fertiges Material vorlag, ohne daß bei der ursprünglichen Anfertigung der Krankengeschichten eine spätere besondere Verwertung berücksichtigt worden ist.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Schuchardt für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die gütige Durchsicht meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

# Literatur-Verzeichnis.


Aschaffenburg: „Die klinischen Formen der Puerperalpsychosen.“ Neurolog. Zentralbl. 1900, S. 1154.

Behr: „Zur Atiologie der Puerperalpsychosen.“ Zeitschr. f. Psychiatrie 1899, S. 802.

Dagonnet: „Über puerperale Geisteskrankheiten.“ Arch. de Tocol. 1894, No. 10. Zentralbl. f. Gynäkologie 1896, S. 672.

Dörschlag: „Beiträge zu den Puerperalpsychosen.“ Dissert. inaug. Berlin 1886. Zentralbl. f. Gynäkologie 1887, S. 609.

Eulenburg: Real-Enzyklopädie 1898, S. 655.

Fernald: „Puerp. insanit.“ Amer. Journ. of Obstetr. 1887, XX, S. 714.

Frommels Jahresbuch VIII, 1895, S. 754.

Fürstner: „Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.“ Arch. f. Psychiatrie V, 505.

Hallervorden: „Zur Pathologie der puerperalen Nervenerkrankungen etc.“ Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 21.

Hansen: „Über das Verhältnis der puerperalen Geisteskrankheiten und der puerperalen Infektion.“ Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1888, XV, S. 60.

G. Byrd Harrison: „Puerp. insanit.“ Journ. of Obstetr. XXX, S. 529.

L. Hoche: „Über puerperale Psychosen.“ Arch. f. Psychiatrie XXIV, S. 612.

Hoppe: „Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen.“ Arch. f. Psychiatrie XXV, S. 137.

O. Knauer: „Über puerperale Psychosen.“ Berlin 1897.

Kowaleffsky: „Über Puerperalpsychosen.“ Russkaja Medizina 1894, No. 7 und 9.

Lallier: „Puerperalmanie.“ Thèse de Paris 1892. Zentralbl. f. Gynäkologie 1893, S. 944.

E. Meyer: Berliner klin. Wochenschr. 1901, No. 31.

Luigi Mongeri: „Nervenerkrankungen und Schwangerschaft."
Olshausen: „Beitrag zu den puerperalen Psychosen." Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1891, XXI, S. 371.
Peikert: „Über Puerperalpsychosen." Dissert. inaug. 1897.
Raecke: „Über Erschöpfungspsychosen." Zeitschr. f. Psychiatrie 1900, S. 39.
Ripping: „Die Geistesstörung der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen." Stuttgart 1877.
Siegenthaler: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie XVII, S. 87.
Scheven: Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 58, S. 1198.
Schmidt: Dissert. inaug. Berlin 1880.
K. Schröder: Lehrbuch der Geburtshilfe 1893, S. 886.
Toulouse: „Ätiologische und klinische Formen der puerperalen Psychosen." Arch. de Tocol. 1894, No. 1 und 2. Zentralbl. f. Gynäkologie 1895, S. 876.
Webers: „Über Puerperalpsychose." Dissert. inaug. Leyden 1893. Zentralbl. f. Gynäkologie 1895, S. 876.
v. Welsenburg: „Das Versehen der Frauen." Leipzig 1899.
Westphal: „Über Puerperalpsychosen." Referat in Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 1, No. 5.

# Lebenslauf.

Ich, Max Jaffé, evangelischer Konfession, bin als Sohn des Kaufmanns Leopold Jaffé am 21. Oktober 1878 in Berlin geboren. In Berlin besuchte ich das Friedrichs-Gymnasium bis 1900, in welchem Jahre ich das Abiturientenexamen bestand. Darauf studierte ich in Berlin sieben Semester Medizin; 1902 bestand ich das Tentamen physicum. Die letzten beiden Studiensemester absolvierte ich in Rostock, woselbst ich am 22. Dezember 1904 nach beendetem Staatsexamen das Examen rigorosum bestanden habe.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Albu, Barfurth, Bennecke (†), v. Bergmann, Busch, Büttner, Dührssen, Engelmann, Eulenburg, Gebhard, Gies, Gusserow, Hertwig, Heubner, Jolly (†), G. Klemperer, Kobert, König, Körner, W. Krause, Langendorff, Landau, Lassar, Lesser, Lewin, Lexer, v. Leyden, Martius, Michaelis, v. Michel, Moeli, Müller (Rostock), I. Munk (†), Nagel, Olshausen, Pagel, Peters, Pfeiffer, Rawitz, Schatz, Schewen, Schöler, Schuchardt, Senator, Silex, A. Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, spreche ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.

# Literatur-Verzeichnis.


Aschaffenburg: „Die klinischen Formen der Puerperalpsychosen.“ Neurolog. Zentralbl. 1900, S. 1154.

Behr: „Zur Atiologie der Puerperalpsychosen.“ Zeitschr. f. Psychiatrie 1899, S. 802.

Dagonnet: „Über puerperale Geisteskrankheiten.“ Arch. de Tocol. 1894, No. 10. Zentralbl. f. Gynäkologie 1896, S. 672.

Dörschlag: „Beiträge zu den Puerperalpsychosen.“ Dissert. inaug. Berlin 1886. Zentralbl. f. Gynäkologie 1887, S. 609.

Eulenburg: Real-Enzyklopädie 1898, S. 655.

Fernald: „Puerp. insanit.“ Amer. Journ. of Obstetr. 1887, XX, S. 714.

Frommels Jahresbuch VIII, 1895, S. 754.

Fürstner: „Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen.“ Arch. f. Psychiatrie V, 505.

Hallervorden: „Zur Pathologie der puerperalen Nervenerkrankungen etc.“ Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 21.

Hansen: „Über das Verhältnis der puerperalen Geisteskrankheiten und der puerperalen Infektion.“ Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1888, XV, S. 60.

G. Byrd Harrison: „Puerp. insanit.“ Journ. of Obstetr. XXX, S. 529.

L. Hoche: „Über puerperale Psychosen.“ Arch. f. Psychiatrie XXIV, S. 612.

Hoppe: „Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen.“ Arch. f. Psychiatrie XXV, S. 137.

O. Knauer: „Über puerperale Psychosen.“ Berlin 1897.

Kowaleffsky: „Über Puerperalpsychosen.“ Russkaja Medizina 1894, No. 7 und 9.

Lallier: „Puerperalmanie.“ Thèse de Paris 1892. Zentralbl. f. Gynäkologie 1893, S. 944.

E. Meyer: Berliner klin. Wochenschr. 1901, No. 31.

Luigi Mongeri: „Nervenerkrankungen und Schwangerschaft.“
Olshausen: „Beitrag zu den puerperalen Psychosen.“ Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1891, XXI, S. 371.
Peikert: „Über Puerperalpsychosen.“ Dissert. inaug. 1897.
Raecke: „Über Erschöpfungspsychosen.“ Zeitschr. f. Psychiatrie 1900, S. 39.
Ripping: „Die Geistesstörung der Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen.“ Stuttgart 1877.
Siegenthaler: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie XVII, S. 87.
Scheven: Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 58, S. 1198.
Schmidt: Dissert. inaug. Berlin 1880.
K. Schröder: Lehrbuch der Geburtshilfe 1893, S. 886.
Toulouse: „Ätiologische und klinische Formen der puerperalen Psychosen.“ Arch. de Tocol. 1894, No. 1 und 2. Zentralbl. f. Gynäkologie 1895, S. 876.
Webers: „Über Puerperalpsychose.“ Dissert. inaug. Leyden 1893. Zentralbl. f. Gynäkologie 1895, S. 876.
v. Welsenburg: „Das Versehen der Frauen.“ Leipzig 1899.
Westphal: „Über Puerperalpsychosen.“ Referat in Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 1, No. 5.

# Lebenslauf.

Ich, Max Jaffé, evangelischer Konfession, bin als Sohn des Kaufmanns Leopold Jaffé am 21. Oktober 1878 in Berlin geboren. In Berlin besuchte ich das Friedrichs-Gymnasium bis 1900, in welchem Jahre ich das Abiturientenexamen bestand. Darauf studierte ich in Berlin sieben Semester Medizin; 1902 bestand ich das Tentamen physicum. Die letzten beiden Studiensemester absolvierte ich in Rostock, woselbst ich am 22. Dezember 1904 nach beendetem Staatsexamen das Examen rigorosum bestanden habe.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

Albu, Barfurth, Bennecke (†), v. Bergmann, Busch, Büttner, Dührssen, Engelmann, Eulenburg, Gebhard, Gies, Gusserow, Hertwig, Heubner, Jolly (†), G. Klemperer, Kobert, König, Körner, W. Krause, Langendorff, Landau, Lassar, Lesser, Lewin, Lexer, v. Leyden, Martius, Michaelis, v. Michel, Moeli, Müller (Rostock), I. Munk (†), Nagel, Olshausen, Pagel, Peters, Pfeiffer, Rawitz, Schatz, Schewen, Schöler, Schuchardt, Senator, Silex, A. Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, spreche ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.